FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966

THÈSE

POUR LE

n° 679

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Roger LEVY

né le 7 mars 1934 à Fez-(Maroc)

Interne des Hôpitaux de Paris

—

Présentée et soutenue publiquement le :

—

L'EXCLUSION DU DOUGLAS EN CHIRURGIE
INDICATIONS - TECHNIQUE - RESULTATS.
A PROPOS DE 87 CAS

—

Président : Mr. VARANGOT, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1966 n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Roger LEVY

né le 7 mars 1934 à Fez-(Maroc)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

L'EXCLUSION DU DOUGLAS EN CHIRURGIE
INDICATIONS - TECHNIQUE - RESULTATS.
A PROPOS DE 87 CAS

Président : Mr. VARANGOT, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Leiong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR. . . . . } Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR. . . . . } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) ROUCAYROL (J.-Cl.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques medicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELCARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique . .	BOUYGOU (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique . . SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Conseillers administratifs . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque . Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (M.), LE NOIR (G.),

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A NOS PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VARANGOT

Professeur de clinique obstétricale

à la Faculté de Médecine de Paris.

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de ma reconnaissance
et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Agrégé THOYER-ROZAT.

Il a été l'inspirateur de ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde admiration.

A Monsieur le Professeur Agrégé SENEZE.

Qui m'a guidé au cours de cette thèse.

En témoignage de ma très respectueuse reconnaissance pour la part essentielle qu'il a prise à la réalisation de ce travail et pour l'extrême sollicitude qu'il m'a toujours manifestée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE MORIN

Qui m'a permis de perfectionner mes connaissances obstétricales.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ABOULKER

Professeur de clinique chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris.

Votre accueil, votre simplicité et la rigueur de votre sens clinique m'ont conquis.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GRANJON

Qui m'a fait aimer la gynécologie.

Qu'il trouve ici le témoignage de mon admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE MAYER (in memoriam)

Qui m'a fait aimer l'obstétrique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONOD-BROCCA

Qui m'a initié à la chirurgie générale.

Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CALVET

J'ai eu la chance et l'honneur de travailler à vos côtés et de bénéficier de votre culture chirurgicale.

Veuillez trouver ici le témoignage de mon admiration.

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX.

A MES MAITRES D'EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORDIER in memoriam

MONSIEUR LE DOCTEUR LAYANI in memoriam

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT DREYFUS

MONSIEUR LE DOCTEUR TANRET in memoriam

MONSIEUR LE DOCTEUR CATTAN in memoriam

A TOUS MES AMIS.

PLAN D'ENSEMBLE

L'exclusion du Douglas est indiquée en deux circonstances bien distinctes :

I°) Dans la cure des rétroversions utérines douloureuses d'une part.

2°) Comme temps complémentaire dans certaines interventions sur le petit bassin d'autre part.

Nous envisagerons successivement ces deux chapitres.

I - L'exclusion du Douglas dans la cure des rétroversions utérines douloureuses.

A - Rappel anatomique.

B - Les raisons de la technique : évolution des idées dans le traitement chirurgical des rétrodéviations.

C - Etiologie.

D - La symptomologie des rétrodéviations

- signes fonctionnels
- signes généraux
- signes physiques

E - Les examens complémentaires

- hystérographie
- coelioscopie,

F - Les indications opératoires :

G - La technique proprement dite.

H - Suites opératoires immédiates.

I - Les résultats à distance.

II - L'exclusion du Douglas associée à une autre intervention sur le petit bassin :

- Douglas profond : prévention à l'élytrocèle.
- Dans certains prolapsus : association à une promonto-fixation.

III - Conclusion.

I N T R O D U C T I O N

La rétrodéviation utérine est le trouble de la statique utérine le plus fréquent.

Si l'on en juge par le nombre d'articles originaux parus sur la rétrodéviation, ces dernières années, le sujet intéresse peu les gynécologues.

Citons, à ce propos, deux statistiques empruntées à la thèse de Sarfati.

- Dans un service hospitalier parisien, 6,5 % des interventions s'adressaient à la rétroversion avant la guerre. Actuellement, le chiffre est de 4 %.

- Au Stanford Lane Hospital de San Francisco, la différence est encore plus sensible : de 4,6 %, le nombre d'interventions est passé à 0,2 %.

En France, le sujet présente un regain d'actualité depuis les travaux de Jamain et Letessier. Ceux-ci proposent de traiter la rétrodéviation utérine par la Douglassectomie.

Afin de mieux situer le problème, disons que les deux-tiers des rétroversions utérines sont asymptomatiques. Elles sont découvertes lors d'un examen gynécologique systématique.

Faut-il traiter cette anomalie d'orientation de l'utérus tout à fait latente ? Certainement pas.

Ces rétroversions ne justifient aucun traitement.

Dès lors, un autre problème se pose : Faut-il opérer toutes les rétroversions douloureuses ? Là encore nous répondrons par la négative.

- Un certain nombre de ces rétroversions douloureuses seront guéries par le traitement médical.

- Une autre partie des rétroversions douloureuses est du ressort du psychosomaticien.

- Seul un faible pourcentage de rétroversions, relève de la chirurgie.

" Il est bon que le temps de la fureur opératoire soit terminé en matière de rétroversions, mais il existe au contraire actuellement un certain degré d'indifférence due, pensons nous à la confusion qui règne en la matière. (Sarfati)

Nous nous proposons dans ce travail, de décrire une technique chirurgicale simple, pour le traitement des rétroversions d'une part, de préciser les indications opératoires d'autre part.

Un recul de six ans, nous permet maintenant de juger les résultats.

°oo°

A - RAPPEL ANATOMIQUE.

L'utérus est un organe "mobile" à l'état physiologique. Toute diminution ou au contraire toute exagération de cette mobilité est pathologique. Il existe plusieurs positions normales de cet organe.

On s'accorde à admettre que, chez la femme debout, la vessie et le rectum étant vides, l'utérus est en antécourbure. C'est-à-dire qu'il est à la fois antéfléchi et antéversé.

L'axe du corps et l'axe du col forment un angle ouvert en bas et en avant, compris entre 100 et 120 degrés.

L'utérus est maintenu dans sa position ainsi définie par diverses formations que l'on peut schématiquement diviser en deux parties :

I°) Le système de soutènement.

Ce dernier est essentiellement cervical. Tous les éléments convergent vers le col, élément capital pour la fixité de l'utérus.

- en avant : c'est la partie antérieure des lames sacro-recto-génito-pubiennes qui forment les ligaments pubo-vésico-utérins de Faraboeuf.

- en arrière : c'est la partie postérieure des lames

sacro-recto-génito-pubiennes, qui est particulièrement solide et forme les ligaments utéro-sacrés.
Ils se présentent sous l'aspect de deux replis falciformes tendus d'arrière en avant, se dirigeant des faces latérales du rectum, à la face postérieure du col.
Ils sont constitués de fibres lisses, de fibres conjonctives et élastiques. La majorité des fibres ont une attache sur la face antérieure du sacrum.
Leur résistance est sujette à de grandes variations : nettement individualisés dans le nombreux cas, ils sont d'autres fois à peine marqués et cet état ne doit pas être négligé dans la génèse des rétrodéviations. Ils soulèvent le péritoine en un repli courbe, concave en dedans qui limite latéralement le Douglas.

- Latéralement : le col est soutenu par les paramètres ou base du ligament large. C'est une formation fibreuse, solide, densifiée par les vaisseaux qui se dirige vers la paroi pelvienne latérale.

Cette formation est également appelée Ligament de Mackenrodt ou encore ligament Cardinal.

En dehors de ces formations ligamentaires, le col est soutenu par le vagin. Ce dernier est lui-même croisé par les releveurs de l'anus, dont le faisceau élévateur représente l'élément de soutènement principal.

Disons que le col est encore soutenu, par l'intermédiaire du vagin, sur le noyau fibreux central du périnée.

Le périnée est donc un élément de soutient capital. Nous verrons que les lésions périnéales sont souvent retrouvées dans la genèse des rétroversions utérines.

2°) Un système d'orientation.

Si l'utérus apparaît bien soutenu, il est, à l'inverse, mal orienté par :

- Les ligaments Ronds : ce sont des cordons arrondis composés de tissus conjonctifs, de fibres lisses et élastiques dont l'épaisseur diminue de dedans en dehors. Ce sont des formations grêles qui vont se laisser distendre facilement.

- Les ligaments larges constitués par des éléments cellulo-fibreux et des fibres musculaires lisses, éléments peu solides et ne pouvant retenir l'utérus dans son mouvement de bascule postérieure.

Le cul de sac de Douglas.

Nous rapellerons brièvement ses principaux caractères anatomiques, puisqu'il constitue la base de notre technique, et que son exclusion permet de traiter la rétrodéviation utérine.

Le cul de sac recto-utérin descend en moyenne à 6 centimètres de la marge de l'anus. La cavité est divisée par les ligaments utéro-sacrés en deux étages :

- L'un, inférieur est normalement virtuel. C'est un diverticule en doigt de gant, haut de trois à quatre centimètres. Il peut ne pas être individualisé quand la saillie des utéro-sacrés fait défaut. Par contre, sa profondeur peut-être accrue lorsque les utéro-sacrés se doublent de ligaments dits utéro-lombaires.

Le fond de ce cul de sac est parfois bilobé.

- Le segment supérieur est spacieux, cette zone acquiert souvent une largeur remarquable. Dans notre technique, le segment supérieur sera intéressé par l'incision péritonéale, le segment inférieur sous jacent étant abandonné.

Si nous avons rappelé l'anatomie du cul de sac de Douglas, c'est qu'il s'agit d'un élément anatomique qui a trop souvent été négligé dans le traitement chirurgical de la rétroversion utérine. Or son importance est fondamentale, en effet dans les rétroversions utérines le cul de sac de Douglas est anormalement profond et excessivement large.

Pour peu que les systèmes de soutènement et d'orientation de l'utérus se délabrent, l'utérus va basculer en arrière dans le Douglas. Celui-ci constitue une chausse-trappe ouverte où va se loger l'utérus.

Ainsi cette ouverture du Douglas constitue l'anomalie fondamentale des rétroversions utérines.

°O°

B - LES RAISONS DE LA THECHNIQUE

EVOLUTION DES IDEES DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA RETROVERSION UTERINE.

Il n'est pas question de vouloir rappeler toutes les techniques chirurgicales qui ont été utilisées dans le traitement des rétroversions utérines . On en a dénombré plus d'une centaine.

Nous voulons seulement exposer les différents procédés avec leurs inconvénients. Bour être objectif, il faut dire que si les différents procédés ont des inconvénients, des échecs, ils ont aussi des succès à leur actif.

Nous étudierons successivement, en faisant abstraction du manuel opératoire de chacun d'entre eux, les procédés opératoires suivants :

1) Les hystéropexies directes.
2) Les hystéropexies indirectes.
3) Le cloisonnement du Douglas.
4) La Douglassectomie.

I - Les Hystéropexies directes, consistent à fixer l'utérus à la paroi abdominale.

- Elles peuvent être corporéales : cette modalité est complètement rejetée à l'heure actuelle chez la femme en

période d'activité génitale, car elle est peu compatible avec le développement d'un utérus gravide.

- Elles peuvent être isthmiques : on leur reprophe :
- La possibilité de récidiver au dessus du point de fixation.
- L'étranglement interne entre les points de fixation.
- Les douleurs au niveau de la cicatrice.
- Le prolapsus utérin, l'allongement hypertrophique du col, car en redressant l'utérus, elles font coincider l'axe du col et l'axe du vagin.
- Surtout l'élytrocèle dite de "pulsion" par ouverture du cul de sac de Douglas. Nous n'insisterons pas sur les accidents obstétricaux qui sont bien connus.
- Accouchement prématuré.
- Présentation vicieuse.

Quant à l'hystéropexie postérieure, Promonto fixation de l'isthme utérin (Ameline-Huguier) il s'agit d'une intervention proposée, plus pour le traitement des prolapsus que pour le traitement des rétroversions.

Cette intervention garde à l'utérus sa mobilité. Elle est compatible avec la gravidité. Nous l'associons volontiers à l'exclusion du Douglas ; cette association a deux avantages :

- d'une part, elle supprime le risque occlusif.
- d'autre part, elle représente un élégant moyen de péritonisation.

On a reproché à cette intervention des accidents vertébraux à type de discite ou spondylo discite, mais ils sont exceptionnels.

Ils peuvent être éliminés par des précautions dans la technique, dans le choix du matériel de suture et enfin en s'assurant de l'absence de lésions discales type discarthrose.

II - Les hystéropexies indirectes ou ligamentopexies.

Elles utilisent essentiellement les ligaments Ronds. Nous avons déjà signalé la médiocre qualité de ces formations ligamentaires.

Ces procédés ont donc en commun, une complication grave : la récidive.

- Le procédé de Doléris a eu pendant longtemps la faveur de nombreux chirurgiens. L'Ecole Lyonnaise lui est restée fidèle, en utilisant une variante (Pellanda-Pollosson), afin de pallier les accidents occlusifs, complication majeure du Doléris.

- Le procédé de Baldy-Dartigues, là encore le risque occlusif à travers la brèche du ligament large est à redouter.

On a signalé surtout la position antiphysiologique des ligaments Ronds, et le pourcentage important de récidives.

- Le procédé de Mocquot reste le plus simple et le plus physiologique. Il consiste en un raccourcissement des ligaments Ronds, après section et adossement en canon de fusil.

Malgré sa simplicité, nous préférons le fronçage des ligaments Ronds en accordéon, que nous associons volontiers à l'exclusion du Douglas.

- Parmi les autres procédés, nous citerons le Pestalozza qui consiste à fixer, après décollement, le péritoine vésico utérin sur le fond utérin. Cet artifice permet de ramener

l'utérus en antécourbure.

Son principal défaut est d'être incompatible avec la grossesse.

Par ailleurs, le péritoine est de qualité variable, il peut s'étirer et être réduit à peu de chose. Il expose également à la récidive.

Un cas particulier doit être mentionné : le Syndrome de Masters et Allen, dont le diagnostic repose sur le trépied bien schématisé par Varangot :

- l'élément étiologique : accouchement laborieux, manoeuvres instrumentales.
- La rétroversion douloureuse avec mobilité anormale du col : "universal joint cervix"
- la déchirure uni ou bilatérale du feuillet postérieur des ligaments larges.

La réparation d'une telle lésion doit être faite en deux plans et amène la guérison de la rétroversion utérine. Nous sommes plus nuancés, et nous pensons cette suture insuffisante, c'est pourquoi nous lui associons constamment une exclusion du Douglas.

Au terme de cet exposé, nous pouvons dire que si ces différentes techniques peuvent, dans de nombreux cas, avoir de bons résultats, on peut leur opposer un certain nombre de complications.

- Les échecs anatomiques constitués par les récidives.
- Non pas tant les complications occlusives et les complications obstétricales, en vérité assez rares, que

l'allongement hypertrophique du col et surtout l'élytrocèle due à la persistance et même à l'exagération du cul de sac de Douglas.

Le cul de sac de Douglas a été négligé par toutes ces techniques.

"Celui-ci, virtuel à l'état physiologique, devient en effet béant et d'une profondeur anormale dans les rétroversions utérines. Dans ce cas, il constitue une trappe toujours ouverte, permettant à l'utérus déjà rétroversé de s'effondrer complètement ; la poussée intestinale favorisant par ailleurs l'élytrocèle. (Grenet)

Le cloisonnement du Douglas.

C'est Marion qui, le premier, eut l'idée de fermer le Douglas par des sutures étagées. Cette intervention était destinée à certains prolapsus rectaux et au prolapsus des vierges.

C'est à Merger que nous devons d'avoir proposé cette technique à titre exclusif dans le traitement de la rétroversion utérine.

- Le cloisonnement du Douglas, supprime d'une part cette poche postérieure, d'autre part, en ramenant l'isthme utérin en arrière contre le rectum, il crée des adhérences postérieures équivalant, en somme, à des utéro-sacrés.

- Cette technique conserve la mobilité utérine : "L'utérus est un organe qui a besoin de liberté". (Merger)

- Enfin, elle corrige un élément capital de la rétroversion : le prolapsus des ovaires.

Quels sont les inconvénients de cette technique ?

- Le passage des fils en bourse n'est pas toujours facile et surtout, il expose au risque de piquer ou d'emprisonner un uretère.

- La récidive, liée au lachage de suture constatée lors de réinterventions.

- La possibilité de faux kystes entre les différents étages du cloisonnement.

- Enfin, la possibilité d'occlusions post-opératoires.

Ainsi, cette technique, excellente dans son esprit, ne semble pas parfaite.

Pour éviter ces complications, Jamain a proposé la Douglassectomie. L'avantage est qu'elle supprime un péritoine malade, souvent congestif d'une part, d'autre part elle permet la suture de zones cruentées. Il semble illogique de suturer deux surfaces péritonéales dont le propre est de glisser l'une sur l'autre.

Cette technique est l'intervention de choix (Ameline-Huguier) dans le traitement des élytrocèles. La réalisation technique est facilitée par la chirurgie à deux équipes.

La Douglassectomie donne un résultat anatomique parfait. Elle présente néanmoins quelques inconvénients :

On a reproché à cette intervention d'être disproportionnée avec l'anomalie à traiter.

- La réalisation technique est souvent malaisée par voie abdominale pure.

- Elle laisse une zone suintante, hémorragique dont l'hémostase est difficile, et elle peut être génératrice de choc.

- On a signalé l'existence de poches séreuses rétro-utérines et de phénomènes douloureux de cellulite pelvienne.

- Enfin, Huguier et Cerbonnet jugent inutile de réséquer la partie inférieure du Douglas qui se décolle mal et qui est responsable d'hémorragies.

L'exclusion du Douglas utilise le même principe anatomique, en essayant de tenir compte des principaux inconvénients du cloisonnement du Douglas et de la Douglassectomie.

°O°

C - ETIOLOGIE

Nous n'envisagerons que les rétroversions acquises chez la femme en période d'activite génitale.

La rétroversion semble dépendre de deux facteurs :

- Le premier est un facteur anatomique : à savoir une profondeur anormale du cul de sac de Douglas, une insuffisance des utéro-sacrés.

- Le second est un facteur obstétrical par lésions du plancher périnéal.

En fait ces deux facteurs sont souvent réunis.

I - La profondeur du cul de sac de Douglas :

Nous avons déjà dit que la profondeur anormale et la béance du cul de sac de Douglas constituent l'un des facteurs essentiels de la rétroversion utérine.

Le problème, difficile à résoudre, est de savoir si cette anomalie anatomique est congénitale ou acquise. Nous ne pouvons y répondre avec certitude.

II - La gravidité semble être la cause principale des rétroversions utérines secondaires.

- La grossesse alourdit l'utérus, distend le système d'orientation, il est trop peu solide pour s'opposer au

mouvement de l'utérus.

- Le traumatisme obstétrical, accouchement de gros enfant, accouchement trop rapide, ou, à l'opposé, accouchement lent suivi de manoeuvres instrumentales (forceps), est grand responsable de rétroversion utérine acquise. Il faut cependant ajouter que tous les accouchements, quelque soit leur apparente bénignité, peuvent être responsables de rétrodéviations secondaires.

°0°

SYMPTOMATOLOGIE

I°) Les douleurs pelviennes constituent un signe quasi constant.

Il s'agit de douleurs pelviennes, hypogastriques avec irradiations lombaires ou sacrées, voire même crurales. Cette douleur est parfois intermittente, le plus souvent permanente avec paroxysmes prémenstruels. Elle est exagérée par les secousses, le voyage, par l'orthostatisme et les efforts.

L'intensité de ces douleurs est variable, parfois elles sont sourdes, parfois, elles sont lancinantes, la malade sent son utérus "Pozzi". Ailleurs, la malade se plaint d'avoir "mal aux ovaires" ou encore "mal aux reins".

La modalité du début des douleurs est importante à préciser : elles ont souvent débuté après une grossesse ou un accouchement difficile.

Quelle est la valeur de ces symptômes ?

- "La relation entre douleurs lombaires et rétroversion est très incertaine" Notter.

Elle devra surtout être interprétée en fonction des autres signes fonctionnels pour prendre toute sa valeur. Enfin, il faut signaler que ces douleurs peuvent orienter le diagnostic vers une affection du rachis qu'il faudra contrôler par un examen radiologique.

2°) La dyspareunie.

Il s'agit d'une dyspareunie profonde, parfois intermittente, souvent permanente.

Le retentissement psychique de la dyspareunie est souvent considérable. La malade redoute les rapports. La dyspareunie augmente encore les troubles psychiques sur lesquels nous reviendrons et peut-même entraîner une frigidité secondaire.

3°) La dysménorrhée.

La douleur apparaît souvent avant les règles, elle s'exagère immédiatement avant l'écoulement sanglant pour s'atténuer ensuite.

En fait, il s'agit le plus souvent de règles douloureuses dans leur ensemble.

Il s'agit donc d'un cortège fonctionnel très banal, en gynécologie, d'interprétation difficile.

Certains leur accordent de la valeur, quand ces signes sont reproduits par l'examen gynécologique.

On peut encore noter :

- des troubles des règles, variables et inconstants ; ils peuvent revêtir plusieurs aspects :
  - cycles irréguliers
  - règles peu abondantes et prolongées
  - Ménométrorragies,
- des signes urinaires à type de pollakiurie ou de tenesmo vésical.
- des signes rectaux :

constipation opiniâtre ou douleurs à la défécation.
- l'altération de l'état général est souvent noté.

- L'amaigrissement, parfois important a été retrouvé par Jamain dans 60 % des cas. La reprise pondérale s'effectuant dans les suites immédiates de l'intervention.

- Les troubles psychiques sont très importants et fréquents. Il faut y insister, car il s'agit d'un facteur dont on doit tenir le plus grand compte pour les indications opératoires. Il faudra notamment faire la part entre le terrain neuro-végétatif constitutionnel, et les troubles psychiques entraînés par la rétroversion utérine.

Il est certain que les douleurs, la dysménorrhée, la dyspareunie finissent par retentir sur le comportement de la malade. Ces femmes qui n'ont été soulagées par aucun traitement médical, n'ont goût à rien faire, n'assurent plus leur travail à la maison, délaissent les enfants. La discorde conjugale en est l'aboutissant. C'est alors un cercle vicieux qui s'installe.

C'est pourquoi il faudra confier ces malades, dans un premier temps, à la psychosomaticienne qui fera la part de l'état constitutionnel, et du retentissement psychique de la maladie. Il faudra cependant éviter deux erreurs :

- d'une part rejeter toute la symptomatologie sur l'état psychique en traitant la malade de cenesthopathe.

- d'autre part de considérer que la rétroversion est l'unique responsable de tous les troubles.

Il faudra, en particulier, se méfier des femmes déjà opérées par d'autres chirurgiens, balafrées de l'abdomen, revendicatrices en diable. On ne les guérira pas par une autre intervention chirurgicale, elles doivent être confiées aux psychosomaticiens.

°O°

L'EXAMEN CLINIQUE

Les signes physiques, sont habituellement nets et faciles à interpréter. La clé du diagnostic reste la perception du fond utérin et sa délimitation exacte par le toucher. L'examen sera pratiqué sur table gynécologique, vessie et rectum vides.

- L'examen au spéculum suffit parfois pour évoquer le diagnostic. Le col est difficile à trouver, il regarde en haut. Le plus souvent, on ne voit que la face postérieure du col. Lorsqu'on essaye de centrer le col entre les valves du spéculum, il glisse sur le bec de la valve antérieure en donnant un petit ressaut.

Il faut signaler que cet examen est souvent douloureux, reproduisant les douleurs spontanées décrites par la malade. Le col est parfois de volume normal, parfois légèrement augmenté de volume.

Enfin, on recherchera systématiquement un allongement hypertrophique du col, une cervicite.

- Le TV combiné au palper abdominal est l'examen de base.

- Le col est difficile à percevoir, il faut aller le chercher sous la symphyse, au fond du cul de sac antérieur.

- Le corps utérin est basculé en arrière, il bombe dans le cul de sac de Douglas, et descend plus bas que le col.

Cet utérus est parfois de volume normal, mais souvent il paraît légèrement augmenté de volume. Sa consistance est variable, il est souvent un peu dépressible.

Le TV précise un point capital : la mobilité de cet utérus.

La rétroversion est-elle mobile ou fixée ?

Cet utérus est souvent mobile (40 % des cas de Jamain). Mobile d'avant en arrière et transversalement. On recherchera systématiquement une mobilité anormale du col sur le corps utérin (universal point cervix), comme dans le signe de Hégar. Ce signe évoque le syndrome de Masters et Allen.

La rétroversion peut être fixée et alors irréductible, il faut rechercher avec soin une infection génitale ou ses séquelles, dont le traitement prime celui de la rétroversion.

Disons que cet examen est souvent très douloureux. Il reproduit fidèlement la douleur spontanée et doit être pratiqué avec une grande douceur. Le TR retrouve la masse dans le Douglas.

On ne terminera pas l'examen sans avoir recherché :

- un prolapsus de l'ovaire : le ou les ovaires sont perçus entre la paroi et l'utérus. Ils sont parfois turgescents et très douloureux.

- l'état des annexes, consistance des culs de sacs, masse latéro-utérine.

- l'état des ligaments utéro-sacrés.

- enfin, l'examen fera un bilan complet de la statique pelvienne, recherchant un prolapsus antérieur ou postérieur.

Les examens complémentaires sont au nombre de deux :

- L'HSG et la coelioscopie.

- L'hystéro-salpingographie :

L'examen clinique, contrairement à la symptomatologie fonctionnelle, est caractéristique de la rétro-déviation utérine.

Même si le vice de position est évident, l'HSG doit toujours être pratiquée.

Les renseignements apportés par l'HSG sont doubles :

- diagnostics

- autre pathologie associée à la rétrodéviation. L'examen doit être fait en dehors de tout phénomène infectieux, dans les jours qui suivent les règles, par le gynécologue lui-même. La technique doit être rigoureuse :

- en suivant la progression du liquide de contraste sous écran.

- prenant des clichés, de face, de profil ou mieux en oblique, en n'omettant pas de commencer par un cliché sans préparation.

. Les signes caractéristiques des rétrodéviations s'apprécient, non pas sur le cliché de face, mais sur le profil.

L'HSG permet le diagnostic de rétroversion utérine dans les cas difficiles, femme obèses, femmes pusillanimes se laissant mal examiner.

L'examen radiologique, tant de face que de profil, va très utilement renseigner sur la mobilité utérine : mobilité absolue par rapport aux repères physiologiques et mobilité des éléments entre eux.

L'HSG permet de déceler les aspects pathologiques associés utérins ou para-utérins, l'endométriose tubaire :

- De principe, on recherche :

- le prolapsus des ovaires

- l'état du cul de sac de Douglas : forme, largeur,

profondeur.

Tous ces éléments sont indispensables à connaître pour l'indication opératoire.

- La coelioscopie :

Cet examen apparaît à nos yeux, comme l'examen de base, avant d'entreprendre la cure chirurgicale des rétrodéviations.

Son intérêt est double :

I°) Elle fait le bilan anatomique du pelvis.

2°) Elle dépiste les états morbides associés.

I - Bilan des lésions :

Il sera dressé avant de mettre une canule intra-utérine, afin de ne pas changer la disposition anatomique.

- L'utérus est en rétroversion, effondré dans le cul de sac de Douglas. Cet utérus est souvent augmenté de volume , violacé, marbré.

- Les ligaments Ronds sont frêles et étirés.

- Le coelioscope permet d'apprécier :

- Le prolapsus des ovaires. Les ovaires sont souvent augmentés de volume, dysmorphiques, plongeant dans le Douglas et masqués par l'utérus rétroversé.

- Le Douglas profond, béant. Le fond du Douglas contient parfois du liquide séro-sanglant.

- L'état des ligaments utéro-sacrés.

De toute façon, la coelioscopie recherche de façon systématique :

- Le varicocèle pelvien, au niveau des ligaments lombo-ovariens, uni ou bilatéral.

- Une solution de continuité à la base des ligaments larges, uni ou bilatérale, réalisant le syndrome de Masters et Allen.

- L'état du péritoine pelvien, normal ou au contraire congestif avec des séquelles d'inflammation pelvienne. Il faut savoir qu'un péritoine de mauvaise qualité, sera responsable de difficultés opératoires, car il se décolle moins bien, de plus, il rend aléatoires les résultats du traitement chirurgical.

II - L'autre intérêt majeur de la coelioscopie est la recherche de lésions inaccessibles à l'examen clinique :

- tuberculose péritonéale
- séquelles inflammatoires, ovarite sclérokystique salpingite chronique
- surtout endométriose siégeant sur les utéro-sacrés, sur le péritoine pelvien. Cette affection, en effet ne peut être éliminée par la simple clinique, et peut donner une symptomatologie fonctionnelle très comparable aux rétroversions utérines.

Là encore, la méconnaissance de cette lésion explique les échecs de cette chirurgie.

Enfin, la coelioscopie permet :

- en montrant une discordance frappante entre les désordres anatomiques et les troubles fonctionnels de diriger ces malades vers les psychosomaticiens.

- A l'opposé, en objectivant des lésions du petit bassin chez des femmes traitées de "psychiques" et qui sont des habituées de la consultation psycho-somatique, une intervention chirurgicale salvatrice.

Nombre de malades : 59.

SF	DOULEURS PELVIENNES	48	8I %
	DYSMENORRHEE	3I	52,5 %
	DYSPAREUNIE	2I	35 %
	TROUBLES DES REGLES	I9	32 %
S.Ph	RETROVERSION UTERINE	59	I00 %
	PROLAPSUS DES ANNEXES	22	37 %
Examens Complé-mentaires	EPREUVE DU PESSAIRE	8	I3,5 %
	HYSTEROGRAPHIE	38	64 %
	COELIOSCOSPIE	3I	52,5%

Nombre de malades : 59.

SF	DOULEURS PELVIENNES	48	8I %
	DYSMENORRHEE	3I	52,5 %
	DYSPAREUNIE	2I	35 %
	TROUBLES DES REGLES	I9	32 %
S.Ph	RETROVERSION UTERINE	59	I00 %
	PROLAPSUS DES ANNEXES	22	37 %
Examens Complé-mentaires	EPREUVE DU PESSAIRE	8	I3,5 %
	HYSTEROGRAPHIE	38	64 %
	COELIOSCOSPIE	3I	52,5%

LES INDICATIONS OPERATOIRES.

La fréquence des interventions pour rétroversions utérines a beaucoup diminué (0,2 % en moyenne).

- Les rétroversions utérines asymptomatiques demandent l'abstention opératoire.

- Les rétroversions utérines douloureuses, seules, posent une discussion d'indication opératoire.

Les indications opératoires dépendent des renseignements fournis par :

- l'examen clinique
- l'HSG
- la coelioscopie
- l'épreuve du pessaire
- la consultation psychiatrique.

Premier problème : la rétroversion utérine est-elle responsable de la symptomatologie fonctionnelle ? Autrement dit, n'existe-t-il pas d'autres anomalies pathologiques capables d'expliquer les douleurs ?

- Si l'examen clinique suffit au diagnostic de rétroversion utérine, il est incapable de répondre à cette question ; force est de recourir aux examens complémentaires.

- A ce titre, la coelioscopie est l'examen fondamental, elle visualise les désordres anatomiques. Elle permet de déceler les inflammations du petit bassin, la tuberculose génitale, et surtout l'endométriose.

- Radio du Rachis, éliminant une affection vertébrale.

- UIV à la recherche d'une lésion de l'arbre urinaire.

- HSG vérifiant la cavité utérine.

Deuxième problème : il s'agit bien d'une rétroversion utérine sans pathologie associée. Faut-il opérer toutes ces rétroversions ? Ce problème sera résolu de deux manières :

- l'épreuve du pessaire d'une part
- la consultation psychiatrique d'autre part.
- Parfois même, il sera nécessaire de recourir à des traitements d'épreuve.
  - Norsteroïdes
  - Antibiotiques

L'épreuve du pessaire :

Il s'agit d'un traitement d'épreuve, qui permettrait de préjuger de l'efficacité de la chirurgie dans le traitement de la rétroversion.

Pour qu'elle soit valable, elle doit être rigoureuse dans sa technique, rigoureuse dans sa surveillance.

Après réduction de la rétroversion utérine, on met en place un pessaire de Hodge ou de Dumonpallier.

L'utérus est en antéversion à la fin de l'épreuve. Cette position utérine doit être rigoureusement vérifiée.

La femme devra garder continuellement le pessaire. Les rapports sont permis.

Cette épreuve doit être poursuivie de quatre à six semaines. Les résultats peuvent être schématisés de la façon suivante :

Cas favorable : la femme est transformée, les douleurs ont

disparu, ainsi que la dyspareunie. Elle reprend son activité normale. Dans cette hypothèse, la femme elle-même, renonçant à tous ses projets, demande que l'intervention chirurgicale sanctionne cette guérison.

Il faut cependant noter que même si cette guérison se produit, ce n'est pas sans appel car d'autres affections (endométrite, hydrosalpinx) peuvent également en bénéficier. Cas défavorable : à l'opposé, aucune amélioration ne se produit bien que l'examen ait à nouveau, vérifié :

- la bonne position du pessaire
- la bonne orientation utérine (antéversé)

Dans ces cas, l'intervention, si elle est pratiquée découvre d'autres lésions passées inaperçues, responsables de la symptomatologie fonctionnelle.

Il n'est pas douteux que l'abstention opératoire doit être de règle dans ces cas là. Ces femmes seront dirigées vers la médecine psychosomatique.

Cas douteux : si une légère amélioration est notée, les symptômes se sont atténués, mais n'ont pas disparu ; ces cas douteux devront être considérés comme des échecs. Là encore, avant toute décision opératoire, il faudra diriger ces femmes vers les psychosomaticiens.

Au total, après l'épreuve du pessaire, un rôle capital est dévolu aux psychosomaticiens ; ceci, afin d'éviter au maximum les échecs du traitement chirurgical.

La consultation psychiatrique :

Il faut songer au psychisme : "Les femmes sont parfois

avides d'opérations, sans qu'il soit pour autant nécessaire de les envoyer toutes au psychiatre" Varangot.

Nous avons vu l'importance du retentissement psychique des rétroversions utérines. Seul le psychosomaticien pourra faire la part des troubles psychiques occasionés par la symptomatologie douloureuse d'une part, et le terrain psychique constitutionnel d'autre part.

La décision est d'importance, car l'acte chirurgical chez une névrosée, cenesthopathe est non seulement inutile, mais il aggrave le psychisme de ces malades.

En fait, les renseignements fournis par le psychosomaticien sont importants. Il importe de ne pas commettre deux erreurs :

- ne pas attribuer tous les troubles à l'état psychique de la malade.

- ou au contraire méconnaître une névrose et mettre tous les symptômes sur le compte de la rétroversion utérine.

Nous avons déjà souligné l'importance de la coelioscopie pour résoudre ce problème. Toute absence de parallélisme entre les lésions anatomiques constatées à la coelioscopie, et la symptomatologie fonctionnelle doit faire orienter ces malades en psychosomatique. Au total : les rétrodéviations douloureuses, sans pathologie associée, soulagées par l'épreuve du pessaire et sans trouble psychique sont pour nous des indications à "l'exclusion du Douglas". D'autres variétés de rétroversions commandent formellement l'intervention :

- Syndrome de Masters et Allen.

- Les rétroversions associées au prolapsus (bien entendu

avec le traitement propre du prolapsus).

- Les rétroversions secondaires à un foyer infectieux ou à une tumeur utérine ou anexielle.

- Reste l'association stérilité et rétroversion.

On peut admettre avec Musset, que la stérilité dont aucune cause autre que la rétroversion utérine ne peut être décelée, représente, à bout d'arguments et après délais raisonnables, une indication légitime.

°O°

F - LA TECHNIQUE OPERATOIRE.

L'exclusion du Douglas est un procédé opératoire simple. Cette technique opératoire découle de deux ordres de constatations.

I°) Elle tient compte des inconvénients des autres techniques chirurgicales à même visée pathogénique (cloisonnement du Douglas, Douglassectomie).

2°) Elle doit corriger la rétroversion utérine, guérir la symptomatologie fonctionnelle, respecter l'avenir obstétrical de ces femmes. Il s'agit de femmes jeunes, en période d'activité génitale dont la moyenne d'age est la trentaine.

Nous avons déjà analysé les inconvénients des autres procédés. Rappelons brièvement que pour le cloisonnement du Douglas, on reproche :

- D'exercer sur le péritoine de fortes tractions avec le risque de brêches péritonéales, et partant le risque d'occlusion.

D'accoler entre elles des surfaces péritonéales dont le rôle est, non pas de s'accoler, mais de glisser l'une sur l'autre. Donc le danger de récidives.

- Enfin, le risque urétéral ; au cours du passage des différentes bourses.

A la Douglassectomie :

- Le décollement péritonéal étendu parfois générateur de choc.

- La mise à nue d'une vaste surface cellulaire dont l'hémostase est difficile à contrôler.

- L'accolement secondaire de ces zones dépéritonisées peut entraîner des phénomènes douloureux de cellulite pelvienne.

Au total, "l'exclusion du Douglas" s'offre pour but :

- de redresser l'utérus, tout en respectant sa mobilité

- de suturer entre elles, des surfaces péritonéales cruentées, donc supprime le risque de lachage de sutures et de récidive.

- de respecter opératoirement l'uretère.

- d'éviter un décollement péritonéal étendu, et la mise à nue d'une vasfe surface cellulaire.

- L'incision pariétale.

- L'opérateur étant à gauche de la malade, fera - soit une médiane sous ombilicale, incision qui donne le meilleur jour

- soit une incision de Pfannenstiel.

Le choix de l'incision est dicté par les désirs de la malade, et par les considérations esthétiques. Nous pensons que l'incision de Pfannenstiel est préférable chez les femmes jeunes et maigres, d'autant que le jour nous semble suffisant.

Avant de procéder au bilan des lésions, il importe de bien dégager le pelvis de toutes les anses intestinales par des champs intestinaux.

- Le bilan des lésions.

Nous avons déjà décrit, l'aspect des lésions telles qu'elles se présentaient au cœlioscope. Il importe, malgré la cœlioscopie, de refaire un bilan anatomique soigneux, afin de dépister une lésion associée qui aurait pu échapper à cet examen.

- L'utérus est effondré dans le cul de sac de Douglas. Il est légèrement ramolli, présentant des zones livides et violacées donnant un aspect marbré.

- Les ligaments Ronds sont grêles et distendus.

- Les pédicules lombo-ovariens, sont souvent le siège d'un varicocèle.

- On recherche de principe, le syndrome de Masters et Allen en examinant de façon minutieuse la face postérieure des ligaments larges.

- L'utérus étant relevé, on découvre alors les annexes et les ovaires, qui sont prolabés. Bien entendu, toute anomalie des annexes mérite un traitement propre.

- Le Douglas est anormalement large et anormalement profond. Il contient parfois quelques cc^3 de liquide séro-sanglant. Cette constatation invite à rechercher, avec une particulière attention le syndrome de Masters et Allen. On précise toujours :

- l'état des ligaments utéro-sacrés

- l'état du péritoine pelvien.

Après ce bilan anatomique, l'intervention proprement dite peut commencer. Il convient de bien exposer le cul de sac de Douglas :

- Un fil tracteur est passé sur la face postérieure de l'utérus au niveau de l'insertion des utéro-sacrés.

- Un fil est passé dans chacun des deux ovaires.

La charnière recto-sigmoïdienne est saisie par une pince de Duval.

- L'incision péritonéale :

- Le péritoine est incisé de façon circulaire, après avoir repéré l'urétère par transparence (saillie péristaltisme)

- On commence par l'hémi pelvis droit.

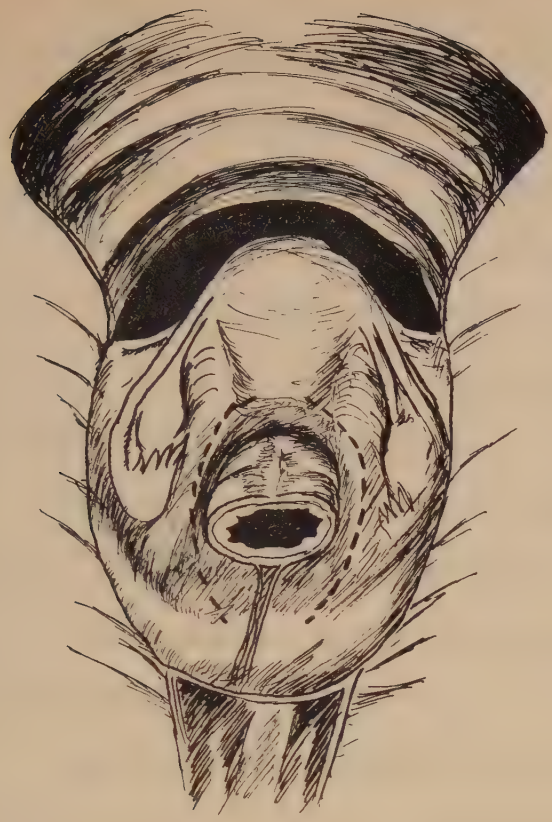
Le péritoine est incisé immédiatement à droite du colon pelvien. Le tracé de l'incision se porte horizontalement à droite, à 2 centimètres au dessous du promontoire.

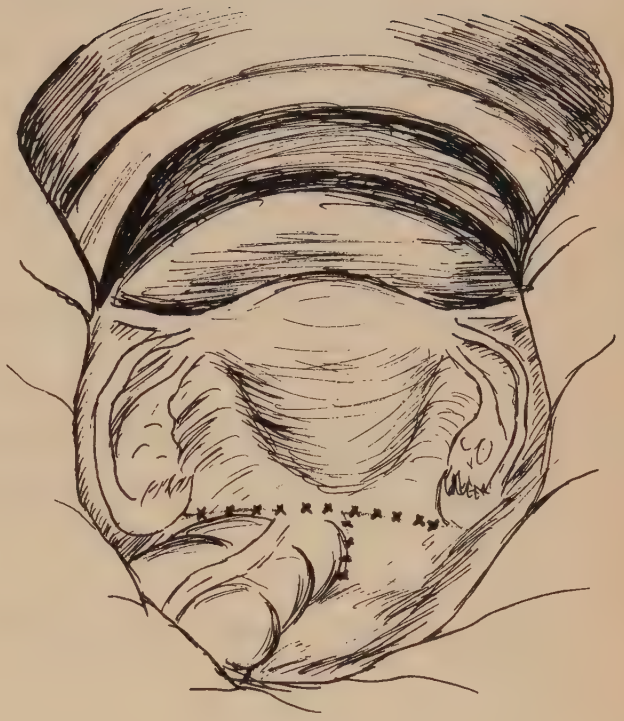
L'incision, d'abord parallèle au détroit supérieur, se dirige oblique en bas et en avant pour rejoindre le bord supérieur du ligament utéro-sacré droit. Le péritoine est ainsi coupé de proche en proche, dans la direction fixée. Ainsi amorcée, la dissection péritonéale doit être prudente, les ciséaux courbes sont d'abord introduits, la concavité tournée vers le haut afin de décoller le péritoine. Les ciseaux doivent toujours rester au contact du péritoine et être visibles par transparence. L'uretère est ainsi évité, au moindre doute il doit être repéré.

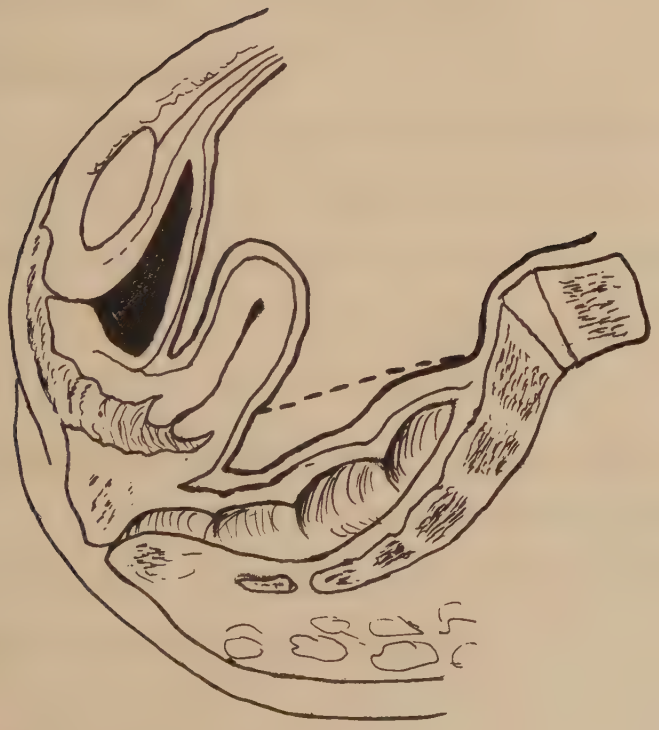
Le feuillet supérieur du péritoine est décollé sur un ou deux centimètres. Il est en particulier bien séparé de l'uretère qu'il croise obliquement.

. L'incision au niveau de l'hémi pelvis gauche est symétrique à la précédente. (difficultés plus grandes de repérage de l'uretère)

. Les deux incisions se rejoignent à la face postérieure,







de l'isthme au dessus des utéro-sacrés.

Le feuillet supérieur du péritoine qui a été décollé, va être suturé de droite à gauche, dans le sens antéro-postérieur.

Nous utilisons, pour cette suture, du fil fin, non résorbable, nylercé 00. Nous préférons utiliser l'aiguille sertie courbe, mais la suture peut se faire avec une aiguille fine, intestinale ou Bergeret.

La suture se fait aux points séparés ou en X, les points étant distants de un centimètre.

Le feuillet droit du méso colon est suturé au péritoine présacré.

On termine la suture, par quelques points qui fixent la face antérieure de la charnière recto-sigmoïdienne, à la face postérieure de l'isthme utérin.

Ainsi terminée, la ligne de suture est transversale, légèrement concave en arrière.

Deux remarques :

- Le cul de sac sousjacent est abandonné tel quel. Il existe une petite zone dépéritonisée beaucoup moins large que dans la Douglassectomie ; c'est pourquoi nous terminons systématiquement l'intervention par la mise en place d'un drain aspiratif sous la nouvelle suture péritonéale.

Quel est l'aspect des organes après l'intervention ?

- L'utérus a repris aspect et couleur normales, il est parfaitement redressé, mais surtout, fait essentiel, il a gardé une mobilité physiologique.

- Il n'existe plus en arrière de l'utérus, cette énorme poche où l'utérus était aspiré.

- Les annexes reposent sur le cul de sac recto-utérin crée par la suture. Le prolapsus annexiel est donc supprimé.

- Enfin, le varicocèle pelvien a pratiquement disparu en fin d'intervention.

- L'isthme utérin est attiré en haut et en arrière et contribue à maintenir l'antéversion utérine.

Nous avons été amenés à compléter l'exclusion du Douglas par d'autres gestes chirurgicaux, à savoir :

- La discofixation selon la technique de Huguier.
- Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments Ronds
- La résection du nerf présacré.

- La promonto-fixation a été utilisée en cas de prolapsus utérin associé à la rétroversion. Nous y reviendrons dans le second chapître de ce travail.
- Le raccourcissement des ligaments Ronds peut être associé à l'exclusion du Douglas, quand la mobilité utérine est trop importante. Nous utilisons la technique la plus simple, le raccourcissement intra péritonéal par plissement en accordéon.
- La resection du nerf présacré est associée à l'exclusion du Douglas, lorsque la dysménorrhée est trop intense.

Au total :

- L'exclusion du Douglas apparaît comme une technique chirurgicale simple, permettant un résultat anatomique très satisfaisant dans la cure des rétroversions utérines.

- Il faut également signaler qu'il s'agit d'une exclusion haute du Douglas, car la suture péritonéale porte sur le péritoine des fosses pré et latéro rectales.

- Sans vouloir parler des résultats de cette intervention, disans que le seul reproche qu'on pourrait lui faire est le laisser sous le nouveau cul de sac colo-utérin, une cavité close.

- Celle-ci n'a jamais donné de complications ni faux kystes, ni collection résiduelle.

°O°

TACTIQUE OPERATOIRE

EXCLUSION DU DOUGLAS ISOLEE	I9	32,2 %
EXCLUSION DU DOUGLAS + RACCOURCISSEMENT DES RONDS	IO	I6,9 %
EXCLUSION DU DOUGLAS + RESECTION DU PRESACRE	I4	23,7 %
EXCLUSION DU DOUGLAS + RACCOURCISSEMENT DES RONDS + RESECTION DU PRESACRE	I6	27;I %

SUITES OPERATOIRES

Toutes nos opérées ont eu des suites immédiates, extrêmement simples.

Le traitement post opératoire est réduit au minimum :

- antibiotiques généraux
- surveillance du drainage aspiratif
- lever précoce.

Les antibiotiques ont été administrés pendant cinq jours en moyenne. L'apyrexie est la règle à la quarante huitième heure.

L'ablation du drain de Redon, se fait au troisième ou quatrième jour. Il faut se garder de l'enlever trop précocement, afin de prévenir la formation d'un épanchement résiduel dans la cavité sous jacente au nouveau cul de sac colo-utérin.

Le lever s'effectue à la 48 ème heure.

La reprise du transit s'est faite en moyenne au troisième jour.

Au total, les suites ont été très simples et la durée d'hospitalisation totale varie entre huit et dix jours.

Nous n'avons noté :

- aucun accident occlusif
- aucune phlébite ni embolie pulmonaire
- aucun choc, et la réanimation post-opératoire a été réduite au minimum.

Nous avons trois incidents à signaler :

- Deux infections urinaires :
- Dans un cas, il s'agissait d'une malade qui avait déjà eu

une pyélonéphrite. Cette dernière avait justifié une hospitalisation dans un service de médecine. L'urographie intra-veineuse avait objectivé des anomalies morphologiques au niveau du bassinet et des uretères.

Il s'agit vraisemblablement, dans ce cas, d'une nouvelle poussée de pyélonéphrite, sans aucun rapport avec l'intervention.

Cette dysurie a cédé très rapidement au traitement sulfamidé. La malade est sortie du service le neuvième jour.

- L'incident le plus sérieux a été observé chez une malade, un mois après l'intervention. La malade a eu des suites immédiates très bénignes, elle est sortie au IOème jour sans qu'aucune anomalie n'ait été notée.

Elle revient un mois après, elle se plaint de douleurs pelviennes. L'examen note une petite masse latéro-utérine grosse comme une petite orange, rénitente. La malade est à nouveau hospitalisée. Un traitement anti-infectieux est instauré. La masse latéro-utérine disparaît en une semaine, la température revient à la normale.

Que s'est-il passé ? Il s'agit très vraisemblement de la surinfection d'un épanchement résiduel. Le drain aspiratif a été enlevé trop tôt. C'est la seule explication que nous trouvons à cette complication.

C'est pourquoi nous insistons sur la nécessité de toujours terminer l'intervention par la mise en place d'un drainage aspiratif. Celui-ci devra être maintenu pendant 3 à 4 jours au minimum.

ooo

RESULTATS A DISTANCE.

Sur les 59 malades opérées depuis I960, nous n'en avons revu à la consultation que 40, soit 67,4 %.

Il faut signaler que la majorité des malades non revues ont été opérées à l'hôpital. Par contre, en clientèle privée, toutes les malades ont été revues.

A - RESULTATS ANATOMIQUES.

Sur le plan anatomique, les résultats sont spectaculaires. La rétroversion utérine, le prolapsus des ovaires, la profondeur anormale du Douglas sont corrigés. L'utérus apparaît en position intermédiaire, ou en antéversion avec conservation d'une mobilité suffisante.

Ce bon résultat anatomique a été retrouvé dans tous les cas (I00 % des cas). Ce résultat est encourgeant, car nous avons opéré des malades qui avaient déjà subi un traitement chirurgical pour cure de rétroversion et qui avaient une récidive.

Nous avons eu l'occasion de réopérer deux malades :

- l'une, pour grossese extra-utérine. Nous avons pu constater la parfaite intégrité de la suture péritonéale, ainsi que la bonne position utérine.
- L'autre pour appendicectomie :

Il faut signaler dans ce cas une petite désunion de la suture, vraisemblablement due à la mauvaise qualité du revêtement péritonéal.

B - RESULTATS FONCTIONNELS.

I°) Les douleurs pelviennes ont totalement disparu chez

33 malades. Quatre autres malades ont été notablement améliorées. Mais il faut signaler trois échecs complets sur lesquels nous reviendrons.

2°) La dysménorrhée qui avait été notée chez 31 malades a totalement disparu chez 26 d'entre elles. Deux malades ont été améliorées, mais il a été nécessaire de prescrire un traitement médical dans les suites lointaines de l'intervention. 3 échecs complets sont à noter.

3°) La dyspareunie notée chez 21 malades a disparu complètement chez 17 d'entre elles. Une autre a été sensiblement améliorée. Là encore, 3 échecs complets sont à citer.

4°) Les autres signes fonctionnels et généraux ont toujours disparu, qu'il s'agisse des troubles des règles, des troubles du transit, de l'asthénie et de l'amaigrissement. Au total : sur le plan fonctionnel : 3 échecs notables. L'explication de ces échecs a été facile à établir au décours d'une consultation psychiatrique.

Il s'agit donc d'erreurs manifestes dans les indications chirurgicales, ces malades ne relevaient absolument pas de la chirurgie, mais du psychosomaticien. A la lumière de ces résultats, nous ne saurions trop insister sur l'absolue nécessité de recourir, au moindre doute au psychosomaticien avant d'entreprendre la cure chirurgicale d'une rétroversion utérine.

C - LES RESULTATS OBSTETRICAUX.

Sur les 40 malades revues, 5 d'entre elles sont devenues enceintes.

- Trois femmes sont actuellement enceintes.

- Une femme a accouché tout à fait normalement.

- La dernière a accouché par voie basse, mais avec extraction instrumentale. Cette dernière a été rendue nécessaire par une modification des bruits du coeur.

Les deux femmes ayant accouché, ont été revues lors de l'examen post-natal. La bonne position utérine a été respectée.

°O°

RESULTATS

Nombre de malades opérées : 59.

Nombre de malades revues : 40 soit 67, 4 %.

Utérus en bonne position 40 soit I00 %.

		GUERISON	AMELIORATIONS	ECHECS
Fonctionnels	Douleurs pelviennes	33	4	3
	Dyspareunie	26	I	3
	Dysménorrhée	I7	I	3

Obstétricaux	2 accouchements
	3 grossesses en cours
	I grossesse extra-utérine

II - L'EXCLUSION DU DOUGLAS ASSOCIEE A UNE AUTRE INTERVENTION SUR LE PETIT BASSIN.

La seconde indication de l'exclusion du Douglas est représentée en chirurgie par la prévention d'un trouble de la statique utérine beaucoup plus grave : l'élytrocèle.

I°) Ainsi, au décours d'hystérectomie totale ou subtotale, la découverte d'un Douglas très profond, invite à obturer cette poche.

En effet, lors de la poussée abdominale, les forces de pulsion convergent vers l'arrière : coccyx et cul de sac de Douglas "véritable infandibulum des forces de pulsion" (Huguier).

L'exclusion du Douglas, dans les cas où le cul de sac recto-utérin est particulièrement profond, nous semble parfaitement indiquée.

Toutes les interventions abdominales peuvent être associées à l'exclusion du Douglas : interventions sur l'utérus, interventions sur les annexes. Ni la gravité, ni la complexité de l'acte opératoire ne se trouvent accrues.

Il s'agit donc d'un geste chirurgical bénin mettant la malade à l'abri d'une grave complication : l'élytrocèle.

2°) L'exclusion du Douglas, dans un autre ordre d'idée, peut être utilisée comme un procédé de péritonisation. Certaines interventions, notamment lors d'inflammations aigues ou chroniques des annexes, laissent dans le cul de sac de Douglas de vastes zones cruentées et dépéritonisées.

L'exclusion du Douglas permet de supprimer ces zones

cruautées et partant, le risque occlusif.

3°) Enfin, la dernière indication de l'exclusion du Douglas est l'association à une promonto fixation selon la technique d'Ameline-Huguier.

Nous savons que les rétroversions utérines associées au prolapsus utérin sont des indications opératoires formelles. Nous ne reviendrons pas sur les indications de la discofixation. L'association de l'exclusion du Douglas, à cette intervention, a deux avantages :

- elle prévient la possibilité d'élytrocèle et traite la rétroversion.

- elle représente un moyen de péritonisation idéal. abandonnant le Charrier - Gosset initialement proposé par Ameline - Huguier.

La technique opératoire précédemment décrite ne subit aucune modification,

- On pratique une petite incision verticale du péritoine sur la ligne médiane pour bien dégager le promontoire.
- Nous pensons qu'il est préférable d'éviter de transfixer largement le disque et nous utilisons seulement dans la mesure du possible le plan fibreux prévertébral.
- Le fil de suspension du col est parfaitement exclu de la cavité abdominale. Son extrémité cervicale se trouve à deux ou trois centimètres au dessous de la suture colo-utérine.

- Première observation :

Madame P... âgée de 43 ans est adressée à monsieur Thoyer-Rozat pour douleurs lombo sacrées et hypogastriques et surtout

une dyspareunie. Ces symptômes sont apparus au décours d'un accouchement difficile : forceps et périnéotomie.

L'examen montre : une colpocèle antérieure discrète, un utérus rétroversé douloureux à la mobilisation.

Intervention du professeur Thoyer-Rozat :

- temps vaginal : Manchester
- temps abdominal :
- Myomectomie d'un petit myome de la paroi antérieure près de la corne utérine gauche.

Etant donné l'importance de la rétroflexion et l'existence d'un syndrome de Masters et Allen, à gauche, on fait :

- une disco fixation
- une exclusion du Douglas.

Les suites opératoires ont été très simples. Cette malade a été revue un an après. Elle ne présente plus aucune douleur, la dyspareunie a disparu totalement.

- Deuxième observation :

Madame A... âgée de 50 ans, consulte pour douleurs prémenstruelles et métrorragies.

L'hystérographie montre un myome utérin, alors que les frottis vaginaux sont classés II.

Intervention du professeur Thoyer-Rozat :

- Hystérectomie subtotale avec annexectomie bilatérale. Le Douglas est extrèmement profond.
- Exclusion du Douglas au nylercé oo.

Cette malade, opérée depuis 5 ans, est revue très régulièrement. Elle est bien portante.

- Troisième observation :

Madame M... âgée de 40 ans, adressée à monsieur Thoyer-Rozat pour prolapsus utérin.

L'examen découvre un utérus rétroversé et rétrofléchi douloureux.

Intervention de monsieur Thoyer-Rozat :

I°) Temps périnéal : colporraphie antérieure

colporraphie postérieure.

2°) Temps abdominal :

- Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale

- Suspension du surtout fibreux péri-cervical au ligament vertébral antérieur.

- Le Douglas étant très profond : exclusion du Douglas.

Drain de Redon.

Suites opératoires très simples.

Opérée depuis un an, la malade va très bien.

- Quatrième observation :

Madame P... âgée de 39 ans, est adressée à monsieur Thoyer-Rozat pour douleurs pelviennes ayant débuté après un accouchement.

L'examen montre un utérus rétroversé, rétrofléchi, très douloureux. Prolapsus de l'ovaire.

Opérée en 1964 par monsieur Thoyer-Rozat.

- Pfannenstiel.

Utérus en rétroversion totale mobile avec varicocèle du pédicule utérin. Déchirure de la base du ligament large.

Gros ovaire droit polykystique coincé sous l'utérus.

- Suspension au disque.
- Exclusion du Douglas.
- Raccourcissement des ligaments Ronds.

Va très bien.

- Cinquième observation :

Madame M... âgée de 30 ans, est adressée à monsieur Thoyer-Rozat pour douleurs lombaires basses et dysménorrhée, ayant débuté après un accouchement.

Le TV montre un utérus rétrofléchi, mou, fixé et douloureux.

L'HSG : utérus, atone, rétrofléchi.

Intervention de monsieur Thoyer-Rozat :

Très gros utérus congestif, marbré, en rétroversion totale dans un Douglas très profond.

Kyste de l'ovaire gauche.

- Ablation du kyste.
- Salpingectomie bilatérale.
- Exclusion du Douglas.
- Raccourcissement des ligaments Ronds.

La malade, opérée depuis cinq ans, revue régulièrement, va très bien :

- L'utérus est en bonne position.
- Les douleurs ont disparu.

- Sixième observation :

Madame D... âgée de 30 ans, est adressée dans le service du professeur Thoyer-Rozat pour douleurs pelviennes et cure de prolapsus.

Dans les antécédents, on note un accouchement difficile avec forceps et déchirure périnéale.

L'examen montre un prolapsus utérin antérieur avec cystocèle du second degré.

L'utérus est rétroversé, douloureux à la mobilisation.

L'intervention est précédée d'HSG et coelioscopie.

Intervention le 6-2-63. Professeur Thoyer-Rozat - Daffos;

I°) Temps périnéal : colpopérinéorraphie antérieure
colpopérinéorraphie postérieure.

2°) Temps abdominal :

- Médiane sous ombilicale.
- Fixation au disque.
- Exclusion du Douglas.

Drain de Redon.

Malade revue :

- utérus en position intermédiaire.
- ne souffre plus.

Deux ans après, elle accouche dans le service avec forceps et épisiotomie préventive.

- Septième observation.

Madame B... âgée de 41 ans, est adressée dans le service pour prolapsus utérin avec incontinence d'urine.

Il s'agit d'une septième pare, ayant eu une déchirure périnéale non réparée.

L'examen (monsieur Seneze) trouve :

- Un prolapsus antérieur.
- Un utérus rétrofléchi, douloureux, mais mobile.

Intervention Seneze-Daffos :

I°) Temps périnéal :

- périnéorraphie antérieure
- bandelette de peau pour la cure de l'incontinence urinaire (Delinotte).
- périnée postérieur.

2°) Temps abdominal :

- péxie au disque lombo-sacré
- exclusion du Douglas.

Les suites opératoires ont été très simples.

La malade est sortie au 20ème jour.

Elle a été revue six mois après l'intervention. Elle va bien.

- Huitième observation :

Madame ... âgée de 47 ans, est adressée dans le service pour récidive de prolapsus utérin.

Le prolapsus est apparu à la suite d'un accouchement avec périnée complet compliqué. Elle présente de plus, une incontinence d'urine. L'examen montre un prolapsus total antérieur.

L'intervention (Seneze) :

I°) Temps périnéal :

- périnéorraphie antérieure
- plastie cutanée sous urétrale (Delinotte)
- périnée postérieur.

2°) Temps abdominal :

L'utérus est prolabé avec Douglas très profond.

- péxie au disque lombo-sacré.
- exclusion du Douglas.

Les suites opératoires ont été très simples.

La malade va bien.

- Neuvième observation :

Madame M ... âgée de 32 ans, est adressée à la maternité de Beaujon pour douleurs pelviennes et dysménorrhée.

L'examen montre :

- un gros utérus rétroversé douloureux à la mobilisation.
- l'absence de masse annexielle.

L'HSG : cavité, utérine irrégulière et agrandie.

Intervention de monsieur Thoyer-Rozat.

Médiane sous ombilicale.

I - Hystérectomie sus-isthmique avec salpingectomie bilatérale et conservation des deux ovaires.

II - Etant donné la profondeur du Douglas, une exclusion du Douglas est pratiquée. Les suites opératoires ont été très simples. Sortie au 12ème jour.

Nous avons au total 28 cas "d'exclusion du Douglas" associée à une autre intervention sur le petit bassin.

°O°

C O N C L U S I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

L'exclusion du Douglas est une technique chirurgicale simple. Elle est utilisée depuis I959 à la Maternité de l'Hôpital Beaujon (service du Pr. Agrégé THOYER-ROZAT). 87 femmes en ont bénéficié. Les résultats pour un certain nombre d'entre elles peuvent être appréciés avec un recul de 7 ans.

Dans la Ière partie de ce travail, "l'exclusion du Douglas" a été étudiée pour le traitement des rétrodéviations utérines douloureuses.

Après un bref rappel anatomique et étiologique, nous avons envisagé la symptomatologie fonctionnelle de ce trouble de la statique utérine. Douleurs pelviennes, dysménorrhée, dyspareunie apparaissent comme les signes cliniques les plus fréquemment rencontrés. Ils ne sont pas caractéristiques de l'affection. L'examen clinique suffit habituellement au diagnostic. Il importe de pratiquer une certain nombre d'investigations paracliniques pour affirmer que la symptomatologie fonctionnelle est bien en rapport avec le vice de position utérine. L'hystérographie et la coelioscopie sont les examens indispensables pour la décision opératoire.

Les indications opératoires ne doivent être posées qu'après avoir éliminé une autre affection gynécologique associée. L'échec du traitement médical, l'épreuve du pessaire et, au moindre doute, la consultation psychiâtrique sont indispensables pour la décision opératoire.

La technique chirurgicale est fort simple. Le seul danger est le risque uretéral. Les deux uretères seront repérés avant le tracé de l'incision péritonéale.

Les suites opératoires immédiates sont bénignes. Aucun incident notable n'est à signaler. La durée moyenne d'hospitalisation est de IO jours. Les résultats à distance sont bons. Anatomiquement ils sont constants : l'utérus est en antéversion ou en position intermédiaire. Il garde sa mobilité physiologique. Les signes fonctionnels ont disparu dans la majorité des cas.

Nos trois échecs relèvent d'erreurs d'indication opératoire manifestes. Ces malades auraient dû être confiées au psychiâtre et non au chirurgien.

Cinq de nos opérées ont présenté des gestations. L'avenir obstétrical de ces malades est respecté.

Au total, cette technique chirurgicale simple nous a donné d'excellents résultats. Elle semble éviter certains inconvénients du cloisonnement du Douglas et de la Douglassectomie.

Dans la seconde partie, nous avons envisagé l'exclusion du Douglas comme temps complémentaire d'une autre intervention sur le petit bassin. Cette technique est indiquée dans deux cas :

- comme moyen de péritonisation lorsqu'il existe de vastes zones cruentées dans le fond du pelvis.

- en association avec une promonto-fixation pour la prévention de l'élytrocèle, ou pour traiter un prolapsus utérin associé.

°0°

Vu, le Président de Thèse :

Professeur VARANGOT

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. BROUET

Vu, et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

AUDIT J.F. -

Essai sur l'étiologie de la rétroflexion utérine. Rev. franç. Gyn. Obst., av. 1959, 54, n° 4, 315-317.

BREST D. -

Résultats éloignés du traitement chirurgical de la rétroversion utérine pour le cloisonnement du Douglas à titre exclusif. Thèse Paris, déc. 1952, 29 pages.

BRET A. J. rt BARDIAUX M. -

Les vices de positions utérines in "Hypoplasie et malformation de l'appareil génital interne de la femme". XXII^{e} Assises françaises de Gynécologie, Strasbourg, mai 1964, I vol., Paris, Masson édit., 1964, 361.

BRET A. J. et BARDIAUX M. -

L'exclusion du Douglas dans la cure de rétrodéviations utérines douloureuses. Rev. franç. Gyn. Obst., juil. août 1965, 60, n° 7-8, 489-507, 14 fig. (Bibliogr).

FOURY A.M.O. -

La rétrodéviation utérine douloureuse chez la femme jeune en période d'activité génitale. Pronostic et thérapeutique. La douglassectomie. Thèse Paris, 1959, n° II, 52 pages.

GRENET C.L.A. -

La douglassectomie en Gynécologie. Indications. Résultats (à propos de 100 cas). Thèse Paris, 1963, n° 905.

HUGUIER et CERBONNET. -

Chirurgie de l'utérus, I vol., Paris, Masson édit., I96I.

JAMAIN B., LEGROS R. -

Les troubles de la statique utérine. Rev. Praticien, 2I nov. I952. 2, nº 30, I965.

JAMAIN B., LETESSIER A. et GRENET G. -

TRAITEMENT CHIRURGICAL de la rétroversion utérine par la Douglassectomie élargie et plicature des ligaments utéro-sacrés.
Gynec. Obst., av. mai I962, 6I, nº 2, 230-240, I4 fig.

JAMAIN B., LETESSIER A. et GRENET G. -

La rétroversion utérine ; indication et résultats de la Douglassectomie.
Gynec. Obst., sept. oct. I962, 6I, nº 4, 50I-5I4.

JAMAIN B., LETESSIER A. et GRENET G. -

Traitement de la rétroversion par Douglassectomie et plicature des ligaments utéro-sacrés;
J ; Chir., janv. I965, 85, nº I, 85-88.

JAMAIN B., LETESSIER B.A. et GRENET G. -

La Douglassectomie, cure de la rétroversion utérine douloureuse. Technique. Résultats à propos de 72 cas.
Presse Méd., 25 déc. I963, 7I, nº 55, 270I-2704, 8 fig. (Bibliogr.).

MERGER R., LEVY J., MARTIN J. et MELCHIOR J. -

Les accidents consécutifs aux pexies utérines ; traitement chirurgicale de la rétroversion utérine ; résultats éloignées de l'oblitération du Douglas.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., I954, 424-3I4, II fig. (Bibliogr.).

MUSSET. -

Table ronde sur les troubles de la statique utérine : entretiens de Bichat, I964.
Rev. franç. Gyné., I965, 60, 5; 367.

POLLOSSON E. -

A propos du traitement de la rétroversion utérine.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., I955, 7, nº I, 49-52.

ROUX. G. -

Les troubles de statique pelvienne en dehors des prolapsus externes.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., I957, 9, nº 4 bis, 628-630.

SARFATI G. -

Les indications chirurgicales de la rétroversion utérine isolée.
Thèse Paris, I958, nº 359, 59 pages.

VARANGOT, GRANJON, CHARTIER et LOFFREDO. -

Le syndrome de déchirure du ligament large.
Presse méd., I959, II39-II4I.

VARANGOT J. -

Le problème de la rétroversion utérine.
Concours méd., 25 juil. I959, 8I nº 30, 342I-3422.

°O°

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V^e -
ODÉ 58-90